

توجيهات مسبقة لولاية فرجينيا بشأن الرعاية الصحية

أنا ، أصرح بصورة طوعية وبملاء

إرادتي

الاسم الكامل للشخص الذي يعطي هذه التوجيهات المسبقة للرعاية الصحية (المصرح)

(Printed Name of Individual Making This Advance Directive for Health Care (Declarant))

عن رغباتي في حالة عدم قدرتي على اتخاذ قرار مستنير بشأن رعايتي الصحية، وذلك كما يلي:

(يمكنك تضمين أي أو كافة أحكام الجزأين الأول والثاني أدناه.)

الجزء الأول: تعيين وكيل وسلطاته

(تخطى هذا الجزء الأول إذا كنت لا تريد تعيين وكيل ليتخذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عنك.)

أ. تعيين وكيل أساسي

أعين بموجبه

عنوان البريد الإلكتروني (E mail Address)

اسم الوكيل الأساسي (Name of Primary Agent)

رقم الهاتف (Telephone Number)

عنوان المنزل (Home Address)

كوكيلي ليتخذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني كما مفوض به في هذه الوثيقة.

في حال لم يكن الوكيل الأساسي المذكور أعلاه متوفراً على نحو معقول أو كان غير قادر أو غير راغب في التصرف كوكيلي، أعين كوكيل لاحق للتصرف بهذه الصفة:

عنوان البريد الإلكتروني (E-mail Address)

اسم الوكيل اللاحق (Name of Successor Agent)

رقم الهاتف (Telephone Number)

عنوان المنزل (Home Address)

أمنح وكيلي السلطة الكاملة لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني كما هو موضح أدناه. سيكون لوكيلي هذه السلطة كلما وعلى مدى الفترة التي يتم التحديد فيها بأنني غير قادر على اتخاذ قرار مستنير.

وعند اتخاذه قرارات الرعاية الصحية نيابة عني، أريد أن يتبع وكيلي رغباتي وتفضلاتي كما هي مذكورة في هذه الوثيقة أو كما تكون معروفة بطريقة مختلفة له. إذا لم يستطع وكيلي تحديد ما هو خيار الرعاية الصحية الذي كنت سأأخذ نيابة عن نفسي، فعندها أريد من وكيلي أن يتخذ القرار بالنيابة عني استناداً إلى ما يعتقد أنه الأنسب لمصلحتي.

ب. سلطات وكيلي

[إذا عينت وكيلاً أعلاه، يمكنك إعطاء السلطات المقترحة أدناه. يمكنك تخطي أي سلطات مدرجة أدناه لا تريد إعطاءها لوكيلك وزيادة أي سلطات إضافية تريد إعطاءها لوكيلك.]

ستتضمن سلطات وكيلي ما يلي:

1. الموافقة أو الرفض أو سحب الموافقة على أي نوع من الرعاية الصحية، التي تشمل ولا تقتصر على التنفس الاصطناعي (جهاز التنفس)، التغذية المزودة اصطناعياً (الإطعام بالأنبوب) والتمويه (السوائل المعطاة بالوريد)، والإنعاش القلبي الرئوي. يشمل هذا التفويض على وجه التخصيص السلطة للموافقة على جرعات أدوية تخفيف الألم التي تتجاوز الجرعات الموصى بها وبمقدار كافٍ لتخفيف الألم. هذا ينطبق حتى إذا كانت هذه الأدوية تتطوي على مخاطر الإدمان أو تعجل بوفاتي بشكل غير متعمد.
2. طلب واستلام ومراجعة أي معلومات شفهية أو خطية تتعلق بصحتي الجسدية أو العقلية، والتي تشمل ولا تقتصر على السجلات الطبية وسجلات المستشفيات، والموافقة على كشف هذه المعلومات الضرورية لتنفيذ توجيهاتي بالطريقة المذكورة في هذا التوجيهات المسبقة.

3. توظيف مقدمي رعايتي الصحية وتسريحهم.
4. تفويض دخولي أو نقلي أو خروجي من المستشفى أو دار رعاية المحتضرين أو مأوى العجزة أو منشأة الحياة المعززة بالمساعدة أو أية منشأة أخرى من منشآت الرعاية الصحية الطبية.
5. تفويض دخولي إلى منشأة للرعاية الصحية لعلاج مرض عقلي وفق ما يجيزه القانون. (إن كانت لدي تعليمات أخرى لوكيلي تتعلق بعلاج مرض عقلي، فستكون مذكورة في وثيقة ملحقة).
6. المواصللة في خدمتي كوكيل حتى إذا كنت أعترض على سلطة وكيلي بعد التحديد بأنني غير قادر على اتخاذ قرار مستنير.
7. تفويض اشتراكي في أي دراسة للرعاية الصحية موافق عليها من قبل مجلس المراجعة المؤسسية أو لجنة مراجعة الأبحاث وفقاً للقانون الفدرالي أو قانون الولاية النافذ المفعول، إذا كانت الدراسة تقدم احتمال فائدة علاجية مباشرة لي.
8. تفويض اشتراكي في دراسة للرعاية الصحية موافق عليها من قبل مجلس المراجعة المؤسسية أو لجنة مراجعة الأبحاث وفقاً للقانون الفدرالي أو قانون الولاية النافذ المفعول الذي يهدف إلى زيادة الفهم العلمي لأي حالة مرضية قد أكون أعاني منها أو بطريقة أخرى تعزيز الرفاهية الإنسانية، حتى إذا كانت لا تقدم أي احتمال فائدة مباشرة لي.
9. اتخاذ القرارات المتعلقة بالزيارات في أي وقت أدخل فيه إلى أي منشأة للرعاية الصحية، بما يتوافق مع التوجيهات التالية:

10. اتخاذ أي إجراءات قانونية قد تكون ضرورية لتنفيذ هذه القرارات، بما فيها منح الإعفاء من المسؤولية لمقدمي خدمات الرعاية الطبية.

11. التبرع بكل أو بجزء من جسدي في إطار عمليات غرس الأعضاء، أو العلاج، أو الأبحاث، أو التعليم.

السلطات الإضافية، إذا وجدت: _____

الجزء الثاني: تعليماتي المتعلقة برعايتي الصحية

- [يمكنك استعمال أي أو كل من الأجزاء 1، أو 2، أو 3 في هذا الجزء لتوجيه رعايتك الصحية إذا لم يكن لديك وكيل. إذا اخترت عدم توفير تعليمات خطية، ستركز القرارات على قيمك ورغباتك، إذا كان معروفة، وبطريقة أخرى على مصلحتك القصوى.]
1. أعطي التعليمات التالية في حال حدد طبيبي المعالج في المستشفى أن وفاتي وشيكة (قريبة جداً) وأن العلاج الطبي لن يساعد على شفائي.
- [ضع إشارة في خانة واحدة (1) فقط من هذا الجزء 1]

- لا أريد أي علاجات لإطالة حياتي. وهذا يشمل الإطعام بالأنبوب، أو السوائل المعطاة بالوريد، أو الإنعاش القلبي الرئوي، أو جهاز التهوية/التنفس (جهاز التنفس)، أو ديلزة الكلى أو المضادات الحيوية. أفهم أنني مع ذلك سألتقى العلاج لتخفيف الألم ولجعلني مرتاحاً جسمانياً. (أو)
- أريد كافة العلاجات لإطالة حياتي قدر المستطاع ضمن حدود معايير الرعاية الصحية المقبولة عامة. أفهم أنني سألتقى علاجاً لتخفيف الألم ولجعلني مرتاحاً جسمانياً. (أو)
- [يمكنك هنا كتابة تعليماتك الخاصة بك بشأن رعايتك عندما تكون على فراش الموت، بما في ذلك التعليمات المحددة بشأن العلاجات التي تريدها، إذا كانت ملائمة طبيياً، أو تلك التي لا تريدها. من المهم أن لا تتعارض تعليماتك هنا مع تعليمات أخرى تكون قد أعطيتها في هذه التوجيهات المسبقة.]

2. أنا أعطي التعليمات التالية إذا أدى بي حالي إلى عدم الإدراك بنفسني أو بما يحيط بي أو غير قادر على التفاعل مع الآخرين، وإذا كان من المؤكد على نحو معقول أنني لن أستعيد أبداً هذا الإدراك أو القدرة حتى مع العلاج الطبي:
- [ضع إشارة في خانة واحدة (1) فقط من هذا الجزء 2]

- لا أريد أي علاجات لإطالة حياتي. وهذا يشمل الإطعام بالأنبوب، أو السوائل المعطاة بالوريد، أو الإنعاش القلبي الرئوي، أو جهاز التهوية/التنفس (جهاز التنفس)، أو ديلزة الكلى أو المضادات الحيوية. أفهم أنني مع ذلك سألتقى العلاج لتخفيف الألم ولجعلني مرتاحاً جسمانياً. (أو)
- أريد كافة العلاجات لإطالة حياتي قدر المستطاع ضمن حدود معايير الرعاية الصحية المقبولة عامة. أفهم أنني سألتقى علاجاً لتخفيف الألم ولجعلني مرتاحاً جسمانياً. (أو)
- أريد تجربة العلاجات لفترة من الزمن أملاً ببعض التحسن في حالتي. أقترح كفترة زمنية يجب أن يتوقف بعدها العلاج إذا لم تتحسن حالتي. أترك تحديد الفترة الزمنية الدقيقة لوكيلي أو من ينوب عنه بالتشاور مع طبيبي. أفهم أنني مع ذلك سألتقى علاجاً لتخفيف الألم ولجعلني مرتاحاً جسمانياً. (أو)
- [يمكنك هنا كتابة تعليماتك بشأن رعايتك عندما تكون على فراش الموت، بما في ذلك التعليمات المحددة بشأن العلاجات التي تريدها، إذا كانت ملائمة طبيياً، أو تلك التي لا تريدها. من المهم أن لا تتعارض تعليماتك هنا مع تعليمات أخرى تكون قد أعطيتها في هذه التوجيهات المسبقة.]

3. أعطي التعليمات الأخرى التالية المتعلقة برعايتي الصحية:

[يمكنك هنا كتابة تصريحاتك و تعليماتك بشأن العلاجات التي تريدها، إذا كانت ملائمة طبيياً، أو بشأن العلاجات التي لا تريد تحت ظروف معينة أو أي ظروف. من المهم أن لا تتعارض تعليماتك هنا مع تعليمات أخرى تكون قد أعطيتها في هذه التوجيهات المسبقة.]

التوكيد وحق الإلغاء: بالتوقيع أدناه، أشير أنني فهمت هذه الوثيقة وأنتي أوقعها بطريقة طوعية وبملاء إرادتي. أفهم أيضاً أنه يمكنني إلغاء كل أو أي جزء منها في أي وقت كما ينص عليه القانون.

توقيع المصريح (Signature of Declarant)

التاريخ (Date)

وقع المصريح التوجيهات المسبقة أعلاه بحضوري. [مطلوب شاهدين بالغين]

اسم الشاهد الكامل (Witness Printed)

توقيع الشاهد (Witness signature)

اسم الشاهد الكامل (Witness Printed)

توقيع الشاهد (Witness signature)

يفي هذا النموذج بمتطلبات قانون قرارات الرعاية الصحية لولاية فرجينيا (Virginia's Health Care Decisions Act). إن كانت لديك أسئلة قانونية بشأن هذا النموذج أو تود إعداد نموذج مختلف للإيفاء باحتياجاتك المعينة، عليك التحدث إلى محام بهذا الشأن. إنه لمن مسؤوليتك توفير نسخة من توجيهاتك الطبية المسبقة إلى طبيبك المعالج. عليك أيضاً توفير نسخ إلى وكيلك، وأقاربك الحميمين و/أو أصدقائك. توفر هذا النموذج جمعية المستشفيات والرعاية الصحية لولاية فرجينيا كخدمة لأعضائها وللعمامة. (مارس/آذار 2010، www.vhha.com)